

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※太わく内を黒のボールペンではっきり記入してください。

被保険者証記号番号	記号	井 福	番号	—	—
保険者の名称及び所在地	名称	福 井 市	所在地	福井市大手3丁目10番1号	
特定疾病認定対象者氏名		生 年 月 日			
フリガナ		昭和			
		平成	年	月 日	
		令和			
住 所	福井市				
	(方書)				
疾 病 名	☐ 人工透析の必要のある慢性腎疾患 ☐ 血友病 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣が定める者に係るものに限る)				
医 師 の 証 明 欄	本書の内容のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 療養取扱機関 名 称 医師名 ㊞ (自署の場合は押印不要)				

上記のとおり、関係書類を添えて特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所
(世帯主) 氏 名

電 話 ()

※世帯主以外の方が申請する場合、下記にもご記入ください。

代理人 住所

氏 名

電 話 ()

福井市長 様

処 理 欄	
端 末 入 力	
証 発 行	
受 付	